UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1924 N°

THÈSE

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

MICHEL GOLDENBERG

né à IASSY (Roumanie), le 28 Janvier 1898

Évolution et Radiographie

des osteites tuberculeuses du tarse antérieur chez l'Enfant

(ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE)

Président de Thèse : M. A. BROCA, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1924

LANE LIBRARY

A MA MERE A MON PERE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRERES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR A. BROCA

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
à la Faculté de Paris

Chirurgien de l'Hôpital des « Enfants Malades »
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Ostéite Tuberculeuse au Tarse antérieur chez l'Enfant

Evolution anatomique et clinique

Les os de la rangée antérieure du tarse dont nous pensons étudier dans notre thèse les lésions tuberculeuses, sont le cuboïde en dehors, les trois cunéiformes en dedans. M. Broca a bien voulu nous confier pour cela, quelques observations de sa riche collection.

Nous ne donnerons aucun renseignement statistique, car nous n'avons pas cherché à dépouiller toutes les observations cliniques et radiographiques relatives à la tuberculose du tarse ; mais il y a quelques faits anatomiques et cliniques que l'on peut mettre en relief avec quelques observations et quelques dessins.

Le premier fait à noter, quelque soit l'os du tarse considéré, est que pendant une période qui varie à la fois dans son début et dans sa durée, le point osseux central reste éloigné des synoviales voisines.

Il se fait au centre d'une coque cartilagineuse qui

64079

pendant longtemps reste épaisse, et l'on sait que le cartilage tissu non vasculaire, met obstacle au moins pendant un certain temps à la propagation des inflammations tuberculeuses ou autres. Cela se voit avec très grande netteté au calcaneum des enfants tout jeunes ; l'ostéite tuberculeuse fréquente chez eux en ce point, ne se complique ordinairement pas d'arthrite, tandis que celle-ci est la règle chez l'adulte où d'os en os, la propagation se fait presque toujours à toutes les articulations du pied successivement. Cela est vrai aussi, mais moins pour l'astragale, dont le point osseux gagne bien plus rapidement le contact de l'articulation, n'en étant séparé en haut, que par un cartilage diarthrodial mince.

Il en est de même au tarse antérieur où d'ailleurs les points d'ossification sont d'apparition bien plus tardive. Cette tuberculose atteint les enfants, en principe à partir du deuxième âge seulement.

Si l'on regarde, par exemple, la radiographie n° 6, on se rend compte que le cuboide étant creusé d'une géode considérable, les bords de cet os sont nets, les articulations correspondantes sont nettes aussi : à la période où l'image a été prise, il nous paraît certain que les articulations voisines sont saines, ou tout au moins assez peu ombrées par les fougosités pour que cette altération des parties molles voi-

sines soit au second plan. Nous avons pris cette figure pour exemple, parce que vu l'importance de la cavité osseuse elle nous a paru particulièrement probante. Mais sur les autres la conclusion est à peu près la même que pour le cuboide. Pour les cunéiformes les fig. 1 et 2 montrent un cas ou les os ont presque disparu et sont remplacés par de petits points noirs au milieu de fongosités.

Il y a là, au point de vue pratique, une notion quelquefois importante, car de cette protection assez longue des articulations voisines peut résulter, l'indication d'évider de bonne heure le point osseux, avant la prise des articulations voisines. On fait une sorte d'énucléation, en laissant le cartilage qui entoure le noyau osseux.

Lorsque la propagation aux articulations s'est faite, on est en présence d'une véritable ostéoarthrite du pied et il y a une différence importante entre l'adulte et l'enfant.

Si l'on examine en anatomie normale les synoviales du pied on voit qu'il y a les suivantes, autour des os que nous étudions aujourd'hui.

Il y a une synoviales pour les articulations du cuboide avec les deux derniers métatarsiens ; cette synoviale est indépendante de celle qui existe entre les cunéiformes et les 3 premiers métatarsiens.

En arrière le ligament en Y forme une forte cloison séparant la synoviale calcanéo-cuboidienne de la synoviale astragalo-scophoidienne, c'est-à-dire qu'il y a indépendance entre les deux moitiés de l'articulation médiotarsienne.

Malgré cela, chez l'adulte, la règle est qu'une ostéite du cuboide ayant envahi en avant et en arrière les deux synoviales, la tuberculose passe presque toujours au calcanéum et de là à toutes les articulations du tarse, avec leur os correspondants. Chez l'enfant, nos observations montrent qu'il n'en est pas de même et que la limitation est possible. Il semble même qu'elle soit fréquente.

En dedans, au niveau des trois cunéiformes, il en est de même. Les synoviales intercunéennes et cunéo-scaphoidiennes communiquent, mais restent séparées de la médiotarsienne par le scaphoide formant barrière.

Cette difficulté de propagation, d'avant en arrière au calcanéum par le cuboide, au scaphoide par les cunéiformes, a pour raison anatomique la même que l'isolement fréquent de l'ostéite centrale des os du tarse. L'épaisseur du cartilage périosseux met obstacle à la propagation dans un sens aussi bien que dans l'autre.

Cette évolution anatomique localisée, fréquente

chez l'enfant, par opposition avec ce qu'on voit chez l'adulte est le seul point que nous voulions mettre en évidence dans cette thèse, où nous résumons une leçon faite devant nous par M. Broca.

Nous croyons inutile d'insister sur les symptômes de la lésion à ses diverses périodes, sur la douleur et la claudication, sur le gonflement, sur la douleur à la pression. Nous dirons seulement que comme pour toutes les ostéo-arthrites du pied, la suppuration et la fistulisation sont la règle. Cela dure longtemps, et pendant ce temps il faut immobiliser le pied à angle droit, en appareil plâtré ; mais nos observations qui n'ont rien de spécial parmi celles que l'on peut trouver dans le service prouvent que les résultats sont bons. La longueur, lorsque ces petites synoviales sont prises, est d'ailleurs beaucoup moindre que pour les ostéo-arthrites de l'arrière tarse. Elle peut être courte s'il y a ostéite simple, sans envahissement des synoviales.

OBSERVATION I

Grelot René, 3 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, 7 enfants vivants, 1 mort de la méningite.

Antécédents personnels : Né à terme. Nourri au sein jusqu'à 18 mois, puis au biberon.

Histoire de la maladie : Il y a un mois, la mère s'est aperçue que le pied de l'enfant enflait. L'enfant boitait et perdait l'appétit.

Etat actuel : L'enfant ne souffre pas mais ne peut pas marcher. Il présente une tuméfaction à la partie moyenne du pied droit au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, saillante, avec un contour dur et une légère fluctuation au centre.

Examen radiologique : Raréfaction de l'astragale et du calcaneum. Tout le squelette du tarse présente une décalcification notable.

9 nov. 1918. On retire à la ponction des fongosités d'un aspect gélatiniforme.

15 nov. 1918. Nouvelle ponction et on retire 4 cmc de pus hémoragique.

18 nov. 1918. Fistulisation avec issue d'un pus épais gommeux.

10 déc. 1918. Tamponnement de la fistule. Pus très épais.

21 fév. 1919. Toute la face dorsale du pied est tuméfiée, rouge, croûteuse. Elle présente au niveau du premier métatarsien une fistule qui est restée après un curtage fait le mois de décembre. La tuméfaction est fluctuante en haut et en dehors ; par la pression on ne fait pas sourdre du pus au niveau de la fistule.

Examen radiographique : Le deuxième cunéiforme est presque entièrement disparu.

Comme traitement, on lui fait des injections d'éther iodoformé.

24 fév. 1919. Nouvelle fistule à la face interne du pied.

9 mai 1919. Il subsiste au niveau du premier métatarsien sur la face dorsale une fistule. La peau est tendue et amincie. Le pied est en léger équinisme.

19 fév. 1920. Bon état général. Fistules fermées.

OBSERVATION II

Maunoury Louis, 9 ans.

Antécédents héréditaires : Père tousse assez souvent depuis la guerre. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux : Un frère bien portant.

Antécédents personnels : Né à terme. Nourri au sein. Premiers pas vers 11 mois. Rougeole et coqueluche en 1917-1918.

Histoire de la maladie : Début en avril 1923. L'enfant commence à se plaindre de son pied droit ; douleur qui apparaît pendant la marche, disparaissant par le repos.

27 avril 1923. Il apparaît une petite tuméfaction de la taille d'une pièce de 50 centimes sur le côté droit du pied, au niveau de l'interligne médio-tarsienne.

Cette tuméfaction augmente pendant un mois, puis commence à suppurer. Un médecin l'examine et lui met un plâtre en mai 1923. Après un mois on l'enlève et on lui en remet un deuxième en juin. Depuis, l'enfant ne porte plus de plâtre.

Examen radiologique : On trouve un cuboïde profondément lésé. Il présente un aspect sombre truffé.

OBSERVATION III

Berthelot Marie. 9 ans.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents collatéraux : Deux frères bien portants.

Antécédents personnels : Né à terme. Allaitement au sein. Premiers pas à 13 mois. Etant petit, rougeole et coqueluche.

Histoire de la maladie : En mars 1915, on a remarqué une grosseur au pied gauche de l'enfant. Le médecin consulté lui a fait une incision en avril 1915. En mai, l'enfant a eu une grosseur à l'avant-bras droit qui a été incisée également. On badigeonnait les abcès avec de la teinture d'iode et on mettait un pansement sec.

Etat actuel : 5 août 1915. L'écoulement du pied a cessé depuis quinze jours. La face dorsale du pied est œdématiée et présente au niveau de l'extrémité postérieure du deuxième et troisième métatarsien la trace de l'incision.

La palpation n'est douloureuse qu'un peu au-dessus et en arrière de l'incision.

Les mouvements de la médio-tarsienne sont douloureux et limités à cause de cette douleur.

L'articulation tibio-tarsienne est normale.

L'articulation tarso-métatarsienne également.

A la partie supérieure de l'avant-bras, en arrière et en dehors, on constate de l'œdème qui s'étend en haut jusqu'à la limite externe du pli du coude.

Au niveau de la tête du radius on voit l'incision

qui est rouge violacée, et laisse couler un pus clair jaunâtre.

La palpation n'est pas douloureuse.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est normale.

L'extension ne peut pas se faire complètement mais n'est pas douloureuse.

Les mouvements de pronation et de supination sont normaux.

L'état général est satisfaisant.

25 oct. 1915. Plâtre au niveau du coude.

3 déc. 1915. Le coude ne présente pas de fougosité ni d'abcès.

Le pied ne présente pas de fistule.

L'état général est bon.

31 janv. 1916. L'enfant a été à la campagne pendant 6 semaines.

Depuis 16 jours la fistule du pied s'est rouverte et laisse écouler de temps en temps un peu de pus.

On lui met un plâtre au coude.

L'état général est bon.

18 avril 1916. La fistule de la face dorsale du pied coule par intermittence, l'enfant continuant à marcher. Le coude est en bon état. Il présente des fougosités entre l'olécrane et l'épitrochlée.

26 avril 1916. On enlève le plâtre. Coude encore

chaud. Des fougosités autour du tendon du triceps, mais pas d'abcès. Extension = 90° ; Flexion = 45°. Aucun point douloureux.

Au pied, la fistule n'a pas coulé depuis deux mois.

On lui fait un plâtre nouveau.

18 juillet. Au pied, la fistule est complètement cicatrisée, le pied n'est pas œdématié. Il est en parfait état.

Le coude est encore chaud mais ne présente pas d'abcès et aucun point douloureux.

OBSERVATION IV

Bonin Robert, 6 ans.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents personnels : L'enfant a toujours été en bonne santé.

Histoire de la maladie : Il y a 3 semaines, l'enfant se plaint d'une douleur dans le pied droit. La mère constate un gonflement limité au dos du pied du côté externe.

On ne voit qu'une petite tache noire irrégulière à la place du 2e cunéiforme, dans sa partie antérieure. Le reste du squelette du pied est anormalement clair.

Les 2e et 3e cunéiformes sont érodés sur leur ligne de contact; leur ensemble avec cette ligne claire intermédiaire fait une tache plus foncée que le reste du pied. La face antérieure du scaphoïde antérieur paraît saine.

Le radio montre un cuboïde profondément lésé. Il présente un aspect sombre truffé à sa partie postéro-interne ; sa couleur foncée à ce niveau fait contraste avec le reste du squelette du pied qui est très décalcifié.

Sur le radio du 21 avril 1922 on voit que le cuboïde est volumineux. Vu de profil, il y a une tache peu appréciable dans la moitié postérieure ; sur la vue dorsale, les bords sont sinueux et un peu foncés.

L'enfant continue à marcher pendant quelques jours, ne ressentant ni des douleurs ni de fatigue. Quelques jour après, il éprouve la nuit, environ une heure après le coucher, des douleurs sourdes dans le pied, douleurs qui se répètent chaque nuit, devenant de plus en plus intenses et aiguës. L'enfant se plaint beaucoup et ne dort pas.

Rien d'analogue pendant le jour.

Après une semaine, les douleurs nocturnes atteignent leur maximum. Le gonflement s'est étendu et occupe toute la moitié externe du dos du pied.

L'enfant est mis par sa mère au repos complet. Le gonflement regresse et les douleurs cessent presque complètement.

Etat actuel : Le malade présente une tuméfaction ovoïde, siégeant au milieu du bord externe et de la partie externe du dos du pied.

A la palpation, on réveille une douleur à l'interligne calcanéo-cuboïdien et sur le cuboïde.

Les mouvements de la médio-tarsienne sont douloureux.

24 avril 1922. Mise en plâtre.

9 juin 1922. L'enfant présente un abcès qui est ponctionné.

12 juin 1922. L'abcès s'est fistulisé.

27 novembre 1922. Bon état local. La fistule coule peu. Légère limitation des mouvements de la médio-tarsienne.

On fait un nouveau plâtre.

30 avril 1923. Bon état général. Bon état local.

12 octobre 1923. Bon état local. Fistule complètement cicatrisée.

23 novembre 1923. Bon état. Garde encore son plâtre 6 semaines.

CONCLUSIONS

1° La localisation de la tuberculose au tarse antérieur est rare, mais non exceptionnelle.

2° L'ostéite peut, chez les enfants, rester limitée.

3° Lorsqu'elle se propage à la synoviale, il n'y a généralement pas propagation aux articulations voisines, c'est-à-dire que la lésion reste limitée, soit autour du cuboïde, soit autour des cunéiformes.

4° Le pronostic, chez l'enfant, est donc relativement bénin.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
A. BROCA.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l' Académie de Paris,
P. APPELL.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Ill.